

**ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ  
ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΝΙΣΧΥΣΕΩΝ (Η.Χ.Ε.) ΑΠΟ ΤΟΝ Λ.Ε.Δ.Ε.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ	
ΕΠΩΝΥΜΟ .....	Α.Μ. Λ.Ε.Δ.Ε. ....
ΟΝΟΜΑ .....	ΔΙΚΗΓΟΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ .....
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ .....	ΙΔΙΟΤΗΤΑ .....
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΙ ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
ΤΑΧ.ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (οδός,αριθμός,πόλη,ΤΚ)	
.....	
Τηλ (α) .....(β).....	
** Ηλεκτρονική διεύθυνση:.....	

**Προς τον Λ.Ε.Δ.Ε.**

**Παρακαλώ για την απόδοση Ημερήσιας Χρηματικής Ενίσχυσης για**

**Ασθένεια [.....] Επίδομα τοκετού [.....] Επίδομα εξωσωματικής γονιμοποίησης [.....]**

υποβάλλω ιατρικά και λοιπά πιστοποιητικά, όπως προβλέπονται από το Καταστατικό και τον Κανονισμό του Λ.Ε.Δ.Ε. και επιθυμώ την αποστολή του εγκριθέντος ποσού:

- με κατάθεση σε Τραπεζικό Λογαριασμό

\* (Αρ. Λογ. (IBAN) .....  
Τράπεζα .....

**Δηλώνω δε υπεύθυνα ότι :**

**α) σε περίπτωση οφειλών μου προς το Λ.Ε.Δ.Ε., δέχομαι αυτές να παρακρατηθούν από την χορηγούμενη ενίσχυση.**

**β) ενημερώθηκα από τον Λ.Ε.Δ.Ε. για την πολιτική προστασίας προσωπικών δεδομένων που τηρείται από τον Λ.Ε.Δ.Ε. και ειδικότερα, παρέχω τη ρητή συγκατάθεση μου στον Λ.Ε.Δ.Ε. :**

Για κάθε επεξεργασία από τον Λ.Ε.Δ.Ε. και τους εξουσιοδοτημένους συνεργάτες του απλών προσωπικών και ευαίσθητων δεδομένων και αφορούν την υγεία μου και ιατρικά μου δεδομένα, που ενδέχεται ο ίδιος να κοινοποιήσω στο Λ.Ε.Δ.Ε. με σκοπό την υποβολή και αξιολόγηση της αίτησης μου για παροχή οικονομικής ενίσχυσης, συμπεριλαμβανομένης της συλλογής, αποθήκευσης, αρχειοθέτησης και διαβίβασης αυτών σε τρίτα πρόσωπα όπου αυτό είναι απαραίτητο.

Για κάθε άλλη επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, που είναι απολύτως απαραίτητη και συνέχεται με την συμμετοχή μου στο Λ.Ε.Δ.Ε. και την εκπλήρωση των σκοπών του, συμπεριλαμβανομένης της κάθε είδους συλλογής, επεξεργασίας και τήρησης σε αρχείο προσωπικών μου δεδομένων για την δημιουργία αρχείου μητρώου, για την παρακολούθηση της τακτοποίησης των εισφορών μου και την επικοινωνίας μου με το Λ.Ε.Δ.Ε. για σχετικά θέματα. Στο πλαίσιο αυτό, συναινώ στην συλλογή προσωπικών μου δεδομένων ταυτότητας (π.χ. όνομα, επώνυμο, διεύθυνση, ΑΦΜ, αριθμός μητρώου Δικηγορικού Συλλόγου, ΑΜΚΑ, στοιχεία οικογενειακής κατάστασης, αριθμός τραπεζικού λογαριασμού, τηλέφωνο, email), προσωπικών μου δεδομένων που αφορούν την καταβολή των εισφορών μου και την τακτοποίηση αυτών και στην κάθε είδους επεξεργασίας τους, συμπεριλαμβανομένης της διαβίβασης και κοινοποίησης αυτών στον οικείο Δικηγορικό Σύλλογο

στον οποίο ανήκω και στον Πρόεδρο αυτού, καθώς και προσωπικών μου δεδομένων που αφορούν σε οικονομικές ενισχύσεις που έχω λάβει από το Λ.Ε.Δ.Ε. και κάθε είδους αποζημιώσεις και ήδη αναγνωρίζω ως νόμιμη την κοινοποίηση προσωπικών μου δεδομένων από τον ως άνω Σύλλογο προς τον Λ.Ε.Δ.Ε.

γ)  δεν έχω υποβάλλει δήλωση διακοπής εργασιών στην αρμόδια Δ.Ο.Υ.

δ)  έχω παραιτηθεί από το δικηγορικό λειτούργημα από.....

ε)  ασκώ το δικηγορικό λειτούργημα παράλληλα με την ιδιότητα του εργαζόμενου συν/χου (σχετικές οι διατάξεις του Ν 4670/2020 για περικοπή της σύνταξής μου)

Παρατηρήσεις:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ημερομηνία .....

Υπογραφή

---

**Προσοχή:**

\* να αναγράφεται ευκρινώς ο αριθμός IBAN ο οποίος θα πρέπει να περιέχει 25 χαρακτήρες

\*\* να αναγράφεται ευκρινώς η ηλεκτρονική διεύθυνση

